

Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 28 –2009

Intervjuundersøkelse



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Nasjonal enhet for pasientsikkerhet gjennomførte en intervjuundersøkelse høsten 2008 ved 28 helseforetak. Målet var å se på hvordan pasientsikkerhet er organisert ved norske sykehus, og å få en oversikt over hvem som arbeider daglige med dette. **Metode:** Høst og vinter 2008-2009 gjennomført vi telefonintervjuer med oppgitte informanter ved sykehusene. Intervjuene ble gjennomført etter en fast intervjuguide. **Resultat:** Intervjuene ga inntrykk av at begrepet pasientsikkerhet i varierende grad er på vei inn i strategidokumenter, organisasjonene, i klinikkene og i ledelsen. Tre helseforetak hadde pasientsikkerhet som eget punkt i sin strategi. Ulike definisjoner av pasientsikkerhet får konsekvenser for retningen i arbeidet. Noen sykehus behandler pasientsikkerhet som en del av generelt kvalitetsarbeid. Andre bruker begrepet informasjonssikkerhet som en overordnet kategori. Det er også regionale forskjeller når det gjelder omfang av arbeid på området og hvor langt man har kommet. **Konklusjon:** Lokale meldesystemer er implementert i mange sykehus, og rutinemessig rapportering ser ut til å være økende. Oppmerksomheten om

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-303-6 ISSN 1890-1298

nr 28–2009



kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) pasientsikkerhet og ledelsens ansvar for kontinuerlig å følge med og evaluere dette som et resultatmål er økende. Lokale prosjekter viser at pasientsikkerhet engasjerer fagmiljøer, men det mangler regional og nasjonal oversikt og koordinering.

Tittel	Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Unni Krogstad <i>seniorforsker (prosjektleder)</i> Ingrid Sperre Saunes <i>forsker</i>
ISBN	978-82-8121-303-6
ISSN	1890-1298
Rapport	28
Prosjektnummer	472
Rapporttype	Rapport
Antall sider	(45 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Egen
Sitering	Krogstad U, Saunes IS, Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. Rapport Nr 28. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, august 2009

Hovedfunn

PASIENTSIKKERHETSARBEID I NORSKE SYKEHUS

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet gjennomførte høsten 2008 en intervjuundersøkelse med pasientsikkerhetsansvarlige ved 28 helseforetak i Norge.

Undersøkelsens mål var:

- Kunnskap om hvordan norske helseforetak arbeidet strategisk og organisatorisk med pasientsikkerhet
- Kunnskap om hvor langt foretakene var kommet med interne meldingssystemer og rapportering om uønskede hendelser.
- Oversikt over pågående pasientsikkerhetsprosjekter ved foretakene.
- Oversikt over kvalitetsutvalgenes og brukernes rolle i pasientsikkerhetsarbeidet.
- Å få kontaktopplysninger til pasientsikkerhetsansvarlige ved landets foretak.

Vi fant:

- Begrepet pasientsikkerhet er på vei inn i strategidokumenter, organisasjonene, i klinikkene og i ledelsen. Det er regionale forskjeller i bevissthet om og arbeid på området. Ulike definisjoner av pasientsikkerhet får konsekvenser for retningen i arbeidet.
- De fleste foretak har etablert elektroniske meldesystemer - i hovedsak er fire ulike systemer i bruk. Mange er i ferd med å innføre hyppigere rutinemessig rapportering om uønskede hendelser til toppledelsen.
- Flere foretak har prosjekter som viser at det arbeides aktivt innenfor ulike fagmiljøer og klinikker med bedring av pasientsikkerheten.
- Mange foretak rapporterer om omorganisering av kvalitetsutvalg blant annet for å få pasientsikkerhetsarbeidet mer forpliktende inn i linjeledelsen.

Sammendrag

BAKGRUNN

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble opprettet i 2007 for å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet. Enhetens formål er å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser.

For å ivareta formålet, besluttet enheten i 2008 å undersøke hvordan arbeidet med pasientsikkerhet er organisert ved norske helesforetak, og å få oversikt over hvem som har det daglige arbeidet med dette. Prosjektet skulle kartlegge følgende forhold:

- om pasientsikkerhet var et aktivt begrep ved foretakene og en del av foretakenes strategi
- hvordan ansvaret for pasientsikkerhetsarbeidet var plassert i helesforetakene og hvilken kompetanse foretakene har innenfor dette fagfeltet
- status for arbeidet med å innføre lokale meldesystemer og bruken av dem
- omfanget av lokale prosjekter innen pasientsikkerhetsområdet

Kvalitetsutvalgene, som er et lovpålagt forum, er et viktig tiltak for å vurdere kvalitet og pasientsikkerhet ved helseforetak. Vi ønsket også:

- å få oversikt over hvor nært eller fjernt kvalitetsutvalgene er organisert i forhold til styringslinjen
- å se på hvilke saker Kvalitetsutvalgene behandlet, særlig om de håndterte kvalitet i vid forstand eller mer spisset inn mot pasientsikkerhet

I tillegg ønsket vi oversikt over kontaktpersoner som har pasientsikkerhet som sitt ansvarsområde, ved landets helseforetak.

METODE

Etter et introduksjonsbrev til helseforetakenes ledelse, ble det høst og vinter 2008-2009 gjennomført telefonintervjuer med oppgitte informanter ved helseforetakene. Intervjuene ble gjennomført etter en fast intervjuguide. Informasjonen ble samlet i en tabell med nøkkelopplysninger som er sendt tilbake til informantene for kvalitetssikring. Tabellen er lagt ut på hjemmesiden til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. I rapporten gir vi en utdypende beskrivelse av funnene i undersøkelsen, og diskuterer funn i lys av litteratur på området.

RESULTAT

Vi fikk informasjon fra alle de 28 helseforetakene som ble kontaktet. Intervjuene ga inntrykk av at begrepet pasientsikkerhet i varierende grad er på vei inn i strategidokumenter, organisasjonene, i klinikkene og i ledelse. Tre helseforetak hadde pasientsikkerhet som eget punkt i sin strategi. Ulike definisjoner av pasientsikkerhet får konsekvenser for retningen i arbeidet. Noen foretak behandler pasientsikkerhet som en del av generelt kvalitetsarbeid. Andre bruker begrepet informasjonssikkerhet som en overordnet kategori. Det er også regionale forskjeller når det gjelder omfang av arbeid på området og hvor langt man har kommet.

De fleste helseforetak har etablert elektroniske meldesystemer. Det er fire ulike kommersielle systemer i bruk. Helse Midt-Norge har foreløpig papirbasert meldesystem. Et par sykehus har utviklet egne elektroniske systemer lokalt. Mange helseforetak opplyser at de er i ferd med å innføre hyppigere rutinemessig rapportering om uønskede hendelser til toppledelsen. Flere beskriver en endring fra å sende melding til lokal leder og kvalitetsutvalg, til å sørge for at meldingsstatistikk kommer til toppleder og styre.

Legemiddelfeil, fall og pasientforløp var tema for prosjekter ved flere sykehus. Vi fikk ikke informasjon om helseforetakene samarbeidet på tvers om sammenfallende prosjekter, heller ikke om de visste om hverandre.

Mange helseforetak rapporterer om omorganisering av kvalitetsutvalg blant annet for å få pasientsikkerhetsarbeidet mer forpliktende inn i linjeledelsen. I tråd med endringene som beskrives når det gjelder rapporteringsrutiner, opplyser informanter også om endringer av sammensetning av kvalitetsutvalgene. Flere helseforetak snakker om ”det nye KU, der sitter alle toppledere for å få ansvaret i direkte linje”.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet har nå kontaktpersoner ved alle de 28 helseforetakene.

DISKUSJON

Pasientsikkerhetsbegrepet diskuteres internasjonalt. Mens Verdens helseorganisasjon (WHO) har en bred definisjon, har Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) en smalere tilnærming. Det er behov for en nasjonal diskusjon og samling om hva som er en norsk definisjon av pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhet har lenge blitt oppfattet som helseprofesjonenes domene. Bevisstgjøringen av lederansvar foregår i Norge og internasjonalt. Internasjonale erfaringer tyder på at pasientsikkerhet kommer høyt opp på lederes agenda først når resultater og forbedringstall etterspørres fra øverste hold. At pasientsikkerhet kommer inn som eget punkt i strategiplaner ser vi som et tegn at ledere tar økt ansvar for pasientsikkerhetsarbeidet.

Implementeringen av meldesystemer i helseforetak er i gang i Norge, men med regionale variasjoner. En felles erfaring ser ut til å være at opplæring i å legge inn meldinger, saksbehandling og å ta ut meningsfulle rapporter på relevante nivåer, tar

lengre tid enn forventet. Analyser av meldinger lokalt later ikke til å være utbredt, og ingen informanter sier at helseforetak har kompetanse i eller erfaring med hendelsesanalyse.

Det er igangsatt flere pasientsikkerhetsprosjekter med samme tema ved ulike helseforetak. Det ser ikke ut til å være kommunikasjon på tvers av sykehus eller noen utveksling av modeller eller erfaringer fra disse prosjektene. Dette avdekker et behov for regional/nasjonal koordinering, og fora for diskusjon/veiledning på felles problemstillinger.

Pasientmedvirkning er formelt etablert ved helseforetakene ved brukerutvalgene. Den reelle innflytelsen oppleves imidlertid ulikt. Internasjonalt legges det stor vekt på dette, noe som trolig vil føre til endringer også i Norge. WHO's allianse "Patients for Patient Safety", har gitt pasienter en plass på alle nivåer i planlegging. Pasienter er i ferd med å bli en drivende kraft i en omfattende kulturendring når det gjelder helsetjenestens åpenhet og ydmykhet i forbindelse med uønskede hendelser.

KONKLUSJON

Begrepet pasientsikkerhet er på vei inn i strategidokumenter, organisasjonene, i klinikkene og i ledelse, men det er regionale forskjeller.

Lokale meldesystemer er implementert i mange helseforetak, og rutinemessig rapportering ser ut til å være økende. Oppmerksomheten om pasientsikkerhet og ledelsens ansvar for kontinuerlig å følge med og evaluere dette som et resultatmål er økende. Lokale prosjekter viser at pasientsikkerhet engasjerer fagmiljøer, men det mangler regional og nasjonal oversikt og koordinering.

Innhold

FORORD	5
PROBLEMSTILLING	6
INNLEDNING	7
Pasientsikkerhet ved norske sykehus	7
METODE	11
Utvikling av intervjuguide	11
Innhenting av data	12
Sammenstilling av informasjon	12
RESULTAT	13
Strategi og Organisering	13
Sykehusinterne meldesystemer og rapportering	14
Lokale pasientsikkerhetsprosjekter	18
Kvalitetsutvalg og pasientmedvirkning	18
DISKUSJON	21
Begrepsbruk og Pasientsikkerhet	21
Strategier og organisering	22
Meldesystemer og rapportering	23
Lokale pasientsikkerhetsprosjekter	25
Kvalitetsutvalg, pasientmedvirkning og kultur	25
Styrker og svakheter ved undersøkelsen	26
KONKLUSJON	28
Behov for videre arbeid/forskning	28
Referanser	30
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	33
VEDLEGG 2: BREV TIL DIREKTØRENE	36
VEDLEGG 3 LISTE OVER HELSEFORETAK OG KONTAKTPERSONER	37
KEY MESSAGES	39
EXECUTIVE SUMMARY	40

Forord

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble opprettet i 2007 for å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet. Enheten formål er å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser.

For å ivareta formålet, besluttet enheten i 2008 å undersøke hvordan arbeidet med pasientsikkerhet er organisert i norske sykehus, og få oversikt over hvem som har det daglige arbeidet med dette. Vi gjennomførte telefonintervjuer med ansvarlige informanter ved helseforetak etter en felles intervjuguide, høst og vinter 2008. Informasjonen vi fikk ble samlet i en tabell med nøkkelopplysninger som er sendt tilbake til informantene for kvalitetssikring. Denne tabellen ble lagt ut på hjemmesiden til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. I denne rapporten gir vi en utdypende beskrivelse av funnene i undersøkelsen og diskuterer funn i lys av litteratur på området.

Vi takker alle informanter som har satt av tid og delt sine erfaringer med oss!

Prosjektgruppe:

- Forsker Ingrid Sperre Saunes, Kunnskapssenteret
- Seniorforsker Unni Krogstad, Kunnskapssenteret (prosjektleder)

Geir Bukholm
Avdelingsdirektør

Øystein Flesland
Seksjonsleder

Unni Krogstad
Seniorforsker

Problemstilling

For å innfri formålet om å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet, hadde Nasjonal enhet for pasientsikkerhet et overordnet mål om å få oversikt over hvordan norske sykehus har organisert arbeidet med pasientsikkerhet. Prosjektet skulle kartlegge følgende forhold:

- om pasientsikkerhet var et aktivt begrep i helseforetakene og om det var en del av helseforetakenes strategi
- hvordan ansvaret for pasientsikkerhetsarbeidet var plassert i norske helseforetak og hvilken kompetanse foretakene har innenfor dette fagfeltet
- status for arbeidet med å innføre lokale meldesystemer og hvordan disse ble brukt, blant annet ønsket vi å se på i hvilken grad samledata om meldinger om feil, nesten-uhell og avvik blir rapportert sammen med andre resultatdata, for eksempel i ledelsens gjennomgang
- omfanget av lokale prosjekter innen pasientsikkerhetsområdet

Kvalitetsutvalgene som er et lovpålagt forum, er et viktig bidrag for kvalitet og pasientsikkerhet ved norske helseforetak. Vi ønsket også:

- å få oversikt over hvor nært eller fjernt kvalitetsutvalgene er organisert i forhold til styringslinjen
- å se på hvilke saker kvalitetsutvalgene behandlet - særlig om de håndterte kvalitet i vid forstand eller mer spisset inn mot pasientsikkerhet

Enheten hadde også behov for å få oversikt over kontaktpersoner ved landets helseforetak som har pasientsikkerhet som sitt ansvarsområde.

Innledning

Pasientsikkerhet er relativt nytt som eget begrep og arbeidsområde (1). Pasientsikkerhet har imidlertid alltid vært et implisitt mål for medisinsk og helsefaglig arbeid og forskning. At pasienter er trygge i møte med helsetjenesten har vært betraktet som en selvfølge: Helsetjenesten er til for å hjelpe pasienter – ikke skade eller utsette dem for risiko. Likevel forekommer hendelser som skader pasienter. Manglende rutiner for avstemming av medikamenter ved overflyttinger, gjenglemte kompresser i kroppen etter operasjoner, dårlig utstyr kombinert med uheldige praksis (for eksempel Dentosept-saken(2), og identiteter som forveksles er eksempler på hendelser som kan skade pasienter.

Pasientsikkerhet som arbeidsfelt har søkelys på risikable trekk ved behandling, pleie eller system som kan skade pasienten i møte med helsetjenesten. Beskrivelse og forståelse av hendelser og nesten-hendelser er sentralt i dette arbeidet. Med pasientsikkerhet mener vi her: *Vern mot skader som følger av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser*

PASIENTSIKKERHET VED NORSKE SYKEHUS

Internasjonale undersøkelser anslår at omlag 10 % av alle pasienter som blir innlagt i sykehus, blir skadet. Anslag av omfang er det samme både i den amerikanske rapporten "To Err is human" og i den britiske rapporten "An Organisation with a Memory: Learning from Adverse Events" (3). Vi kjenner ikke omfanget av skader i Norge, men hvert år meldes om lag 2000 hendelser i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, til Meldesentralen som Statens helsetilsyn administrerer. Av disse er ca en tredjedel meldinger om betydelig skade på pasient, halvparten er om forhold som kunne ha medført betydelig skade, og om lag to hundre meldinger er om unaturlige dødsfall.

Til sammenligning er omfanget av meldinger som kommer til den danske meldesentralen ti ganger høyere, mens det er bare halvparten så mange unaturlige dødsfall som meldes årlig. Vi vet lite om forskjeller i rapportering mellom Danmark og Norge. En forklaring kan være at i Norge meldes de alvorlige hendelsene som medfører alvorlig skade på pasienten til Meldesentralen, mens de mindre alvorlige blir håndtert på lokalt plan.

Meldesystemene (Reporting and Learning Systems)(4;5) er viktige kilder til kunnskap om pasientskader i sykehus. De fleste vestlige land har, eller er i ferd med å få nasjonale systemer for å rapportere uønskede hendelser i helsetjenesten som fører til, eller kunne ha ført til, skade på pasienter. I Norge har vi flere slike systemer hvorav Meldesentralen i Helsetilsynet er den mest kjente. I tillegg til dette har landets helseforetak etablert interne meldeordninger. De skal først og fremst brukes av ledere på lokalt plan til å lære av og bedre pasientsikkerhet og kvalitet. Oppmerksomheten og diskusjonene om meldesystemer har vært og er en viktig del av en kulturendring i helsetjenesten nasjonalt og internasjonalt.

Helseforetakene har hatt kvalitetsutvalg siden dette ble et lovpålagt krav fra 1. januar 1994 (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 (6)). Allerede før lovpålegget kom, hadde mange sykehus egne klage- eller skadeutvalg. I praksis har helseforetakene innrettet seg slik at mange opererer med ett sentralt kvalitetsutvalg og flere lokale på klinikk-, divisjons- og avdelingsnivå. Ved noen helseforetak håndterer egne klage- og skadeutvalg pasientrelaterte enkeltsaker. Av retningslinjene for kvalitetsutvalg (jf. vedlegg til rundskriv IK-7/94 fra Statens helsetilsyn) fremgår bl.a. at kvalitetsutvalgene er forutsatt å skulle være et obligatorisk virkemiddel i institusjonenes arbeid med å sørge for og fremme sikkerhet og kvalitet på helsetjenestene. En av primæroppgavene for kvalitetsutvalgene er å stimulere til forebyggende og kvalitetsfremmende arbeid i institusjonen. Når feil og mangler avdekkes, skal disse straks følges opp lokalt med sikte på å få hendelsen tilstrekkelig belyst. Det skal deretter iverksettes tiltak for å hindre gjentakelse eller gis informasjon for å rette opp eventuelle mangler. Videre er kvalitetsutvalgene forutsatt å være et viktig virkemiddel i institusjonens kontroll ved at det opprettes internkontrollsystemer. Kvalitetsutvalgene skal bidra til at det skapes en kultur blant de ansatte som gjør at avvikshendelser brukes aktivt for å forebygge kvalitetssvikt.

Det pågår arbeid for å bedre pasientsikkerheten ved mange sykehus og på ulike nivåer i helsevesenet. Generelle samfunnsendringer legger føringer på tenkningen om pasientsikkerhet. Det er en bevisst dreining fra å betrakte pasientskader som forårsaket av personlige "feil" eller inkompetanse, til å innta et systemperspektiv. Dette medfører at ansvaret flyttes fra den enkelte helsearbeider til ledelsen, noe som blant annet innebærer at ledere har oppmerksomhet på å bedre pasientsikkerhet via meldesystemer og ved aktiv bruk av resultatrapporter som målstyringsverktøy. En bekymring som har kommet til uttrykk på nasjonale og internasjonale konferanser, er at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i sykehus ikke er direkte knyttet til kliniske linjeledere eller til toppledelse i sykehuset. Derfor har flere pasientsikkerhetskampanjer adressert slike utfordringer med tiltak som 'Boards on board' (7) fra det amerikanske Healthcare Improvement Institute, og 'Patient Safety Leadership WalkRounds TM'(8).

En annen generell føring i samfunnet er åpenhet, kommunikasjon og medvikning fra brukere og pasienter. Brukerbegrepet er formalisert i ulike lover og forskrifter, og rettigheter om brukermedvirkning er nedfelt i lovverket (Helseforetaksloven § 35 og

Internkontrollforskriften § 4). I denne rapporten som gjelder somatiske sykehus bruker vi ellers betegnelsen pasient.

Pasientmedvirkning er et uttrykk for hvordan velferdsstaten i økende grad anerkjenner den kunnskap og kompetanse som pasienter besitter. Innenfor pasientsikkerhet fokuseres det også sterkt på å involvere pasienter i arbeidet med å lære av feil for å bedre pasientsikkerheten. Verdens helseorganisasjon har som en del av sin pasientsikkerhetsstrategi, lansert en egen allianse for pasienter: Patients for Patients Safety (9).

BEGREPSBRUK

Sikkerhet har alltid vært det endelige og implisitte målet for medisinsk og helsefaglig arbeid og forskning. Pasientsikkerhet har likevel ikke vært et eget problemområde på tvers av behandlingsområder. Erkjennelsen av at det er risiko knyttet til selve kompleksiteten i helsesystemene, har fått økende gjennomslag de siste 10-15 årene, og omfanget av litteratur på området vokser stadig. Økt kunnskap om svikt i pasientsikkerhet har ført til at temaet i stadig større grad blir avgrenset som et eget fagområde. Det avspeiles også i WHOs utvikling av en eget klassifisering for pasientsikkerhet. Der blir pasientsikkerhet definert som "reduksjon av risiko for unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser til et akseptabelt minimum.

Pasientsikkerhet kan ses på som ett aspekt ved kvalitet i helsetjenesten. En annen tilnærming er å se pasientsikkerhet som et resultat av, eller forutsetning for arbeid med kvalitet. Pasientsikkerhetsbegrepet kan både dekke medisinske feil, uhell og avvik, og også en videre forståelse av sikkerhet, hvor pasientens sikkerhet sees i sammenheng med sikkerhet for ansatte og miljø.

Alle pasienter risikerer å bli utsatt for feil eller skader ved opphold i sykehus. For å redusere skaderisiko er det vesentlig å forstå mekanismene i situasjoner hvor pasienter skades, og påvirke dette slik at man får et lavere risikonivå. Risikostyring er i det perspektivet pasientsikkerhetsarbeid. Internasjonalt finner vi dette igjen i den danske kvalitetsmodellen og i Verdens helseorganisasjons tilnærming til pasientsikkerhetsbegrepet. WHO benytter "safety" som et fellesbegrep som ikke er avgrenset til pasientenes sikkerhet, men som også omfatter ansattes sikkerhet, samt miljøvern. En så vid definisjon av sikkerhetsbegrepet kjenner man igjen fra risikostyring i helsetjenesten. Risikostyring er et relativt veletablert begrep innenfor kvalitetsarbeid i sykehus, men har nødvendigvis ikke inkludert begrepet pasientsikkerhet.

Et argument for å velge en så bred tilnærming er at hvis ikke de ansattes sikkerhet er ivaretatt, vil det kunne få konsekvenser for ivaretagelse av pasienters sikkerhet.

Å se pasientsikkerhet som synonymt med forebygging av feil, er en snever tilnærming til feltet. OECDs definisjon av pasientsikkerhet inkluderer også behandling og lindring av skader som oppstår som følge av slike hendelser. I USA benyttes sikkerhetsbegrepet som fellesnevner for pasientsikkerhetstiltak, hvor formålet er å unngå skade. Ved å trekke inn omgivelsene i sitt sikkerhetsbegrep, har

amerikanerne også et kulturelt perspektiv på og en bredere forståelse av pasientsikkerhet.

Kunnskapen om den vide forståelsen og bruken av pasientsikkerhetsbegrepet er viktig når vi spør om pasientsikkerhet i norske sykehus. Pasientsikkerhet kan være en sentral del av foretakenes arbeid uten at begrepet pasientsikkerhet benyttes. For å skille pasientsikkerhetsarbeidet fra for eksempel HMS-arbeidet, bruker vi her den snevre definisjonen: Pasientsikkerhet er vern mot skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Metode

For å besvare problemstillingen planla og gjennomførte Nasjonal enhet for pasientsikkerhet en telefonintervjuundersøkelse ved 28 helseforetak i Norge høsten 2008 (Vedlegg 3). Vi utarbeidet en intervjuguide som danner grunnlag for telefonintervjuer med kontaktpersoner ved helseforetakene. Vi ønsket kontakt med alle helseforetakene i landet. Sykehusapotekene, som også er foretak, er ikke med i undersøkelsen og det er heller ikke private sykehus.

Etter at intervjuene var gjennomført, har sykehuset Buskerud HF, sykehuset Asker og Bærum HF, Ringerike Sykehus HF og Kongsberg Sykehus blitt slått sammen til Vestre Viken HF. I Oslo har Aker HF, Rikshospitalet HF og Ullevål Universitetssykehus blitt slått sammen til Oslo Universitetssykehus.

UTVIKLING AV INTERVJUGUIDE

Utkast til intervjuguide ble laget av en forskergruppe på tre personer ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Vi valgte et semi-strukturert undersøkelsesopplegg med en felles intervjuguide sendt ut på forhånd (Vedlegg 1).

Intervjuguiden ble bygd opp rundt tre hovedtema:

- Pasientsikkerhet i organisasjonen
- Meldesystemer og bruken av dem
- Kvalitetsutvalgene og deres rolle i pasientsikkerhetsarbeidet

Intervjuguiden hadde åpne svaralternativ og ikke lukket svarskala. Likevel er svaralternativene utformet slik at de leder spørsmålene i noen retninger. Intervjuguiden ble utarbeidet og diskutert i en gruppe på tre personer. Vi hadde også prøveintervjuer med hverandre.

Det ble gjort en pilotundersøkelse med intervju av fem personer som arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på ulike ledernivåer i sykehus flere steder i Norge. Pilotintervjuene gav oss verdifull informasjon om gjennomføring av intervjuene og hvor lang tid vi måtte beregne for den enkelte informant. Kommentarer førte også til et noe strammere oppbygd skjema, og spørsmål som ble oppfattet som overlappende, ble endret. Spørsmålet om pasientsikkerhet hadde eget punkt i foretakets strategi, er tatt inn på bakgrunn av den informasjonen vi fikk i pilotundersøkelsen.

INNHEMING AV DATA

Listen over helseforetak ble hentet fra nettsidene til de regionale helseforetakene - til sammen 28 foretak ble kontaktet høsten 2008. Et introduksjonsbrev ble sendt til administrerende direktør ved helseforetakene med beskrivelse av vårt mandat, målene med prosjektet og intervjuguide (Vedlegg 2). I brevet ba vi om navn, e-postadresse og telefonnummer til den personen som er ansvarlig for pasientsikkerhetsarbeidet i sykehuset.

Vi tok deretter kontakt med de oppgitte personene, sikret oss at alle informanter på forhånd hadde fått intervjuguiden, og avtalte tid for telefonintervju. Intervjuene ble gjennomført av tre personer. I praksis viste det seg vanskelig å gjennomføre intervjuene i løpet av et kort tidsrom slik vi opprinnelig hadde planlagt. I hovedsak ble intervjuene gjennomført i perioden oktober til desember 2008, de siste i begynnelsen av 2009. To av kontaktpersonene sendte inn en ferdig utfylt intervjuguide og ble ikke intervjuet.

Intervjuene fulgte i stor grad guiden som var sendt ut på forhånd, men i flere tilfeller opplevde vi at informasjon som ble gitt på ett punkt i intervjuguiden også var relevant eller viktig sett i forhold til andre punkter. Varigheten på intervjuene varierte fra raske intervjuer på rundt 20 minutter til lengre intervjuer med uformelle samtaler som kunne vare i over en time. De uformelle samtaler som ledsaget flere av intervjuene, gav et godt innblikk i hvordan de ulike kontaktpersonene opplevde sin arbeidshverdag ved sykehusene, og hvor godt forankret pasientsikkerhetsarbeidet var i sykehusets ledelse og kultur.

SAMMENSTILLING AV INFORMASJON

Intervjumaterialet ble sammenfattet i en tabell hvor helseforetakene danner rader og hvor hovedkategoriene av informasjon som ble antatt å være av interesse for de som arbeider med pasientsikkerhet, er kolonner. Informantene ble invitert til å komme med alternative forslag til hovedkategorier. Denne tabellen er sendt til alle informanter for kvalitetssikring i to omganger. Vi spurte også om det var motforestillinger mot at tabellen legges ut på Kunnskapssenterets nettside som informasjon til andre interesserte. Enkelte justeringer av informasjonen ble gjort etter første omgang med kvalitetssikring. Det kom ingen kommentarer til andre kontrollomgang og heller ingen motforestillinger mot offentliggjøring.

Tabellen er for stor for papirformat, men er tilgjengelig på Kunnskapssenterets nettside <http://www.kunnskapssenteret.no/binary?id=9622>

I intervjuene kom det frem utdypende informasjon som ikke får plass i tabellformatet. Denne rapporten viderefremidler og diskuterer informasjonen fra undersøkelsen i norske sykehus mer grundig.

Resultat

Vi intervjuet 26 kontaktpersoner ved helseforetakene på telefon. To kontaktpersoner sendte inn en ferdig utfylt intervjuguide. Fra og med 1 januar 2009 ble Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus virksomhetsoverdratt til Oslo universitetssykehus. 1. juli 2009 ble Ringerike sykehus, Sykehuset Buskerud, Sykehuset Asker og Bærum og Kongsberg sykehus slått sammen til Vestre Viken helseforetak. I tabellene er betegnelsene på foretakene fra 2008, benyttet. En fullstendig liste over kontaktpersoner med e-postadresse og telefonnumre finnes på Kunnskapssenterets nettsider.

Vi har slått sammen hovedtemaene i intervjuguiden og gjengir resultatene under disse overskriftene:

- Strategi og organisering
- Sykehusinterne meldesystemer og rapportering
- Lokale pasientsikkerhetsprosjekter
- Kvalitetsutvalg og pasientmedvirkning

STRATEGI OG ORGANISERING

Strategien skal identifisere fremtidige utfordringer og mål for helseforetakene. Mye av strategiarbeidet på helseforetaksnivå er styrt av strategiarbeid på regionalt nivå. Spørsmålet vi stilte var: Har foretaket pasientsikkerhet som eget punkt i sin strategi?

Alle helseforetakene besvarte spørsmålet, men noen svarte at de ikke hadde eget strategidokument da intervjuene ble gjennomført høsten 2008. I alt svarte 18 foretak at pasientsikkerhet ikke var et eget punkt i foretakets strategiplan, enkelte viste til at det var en del av kvalitetsarbeidet og andre arbeidet målrettet for å få det inn i foretakets strategi. Fra enkelte foretak ble det opplyst at pasientsikkerhet ikke er et begrep som benyttes; det inngikk som en del av kvalitetsarbeidet. Et par foretak viste til visjonsformuleringen i den overordnede kvalitetsstrategien som sier at "tjenestene skal være sikre", en formulering som var gjentatt i lokal strategiplan, men ikke som eget punkt.

Fra noen foretak var svaret bare et klart nei, og enkelte rapporterte at det tok tid å få pasientsikkerhet inn på agendaen. Av de 18 foretakene som oppgav at de ikke har eget punkt i strategien, var det to som rapporterte at pasientsikkerhet ville være med i strategiplanen fra neste år av. Åtte av foretakene vi intervjuet, hadde pasientsikkerhet som eget punkt i foretakets strategi. Ett av foretakene supplerte at

pasientsikkerhet var et av fire hovedsatsingsområder for foretaket, et annet viste til at pasientsikkerhet og ROS (Risiko og Sårbarhetsanalyse) var et fellespunkt. Tre helseforetak, Akershus Universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Helse Bergen HF hadde egne strategiplaner for pasientsikkerhet. Detaljeringsnivået varierte - ett av helseforetakene hadde en strategiplan med konkrete tiltak og aktiviteter beskrevet, mens et annet hadde en skjematisk skissert enkelte prosesser for å bedre pasientsikkerheten.

Et inntrykk og en bekymring som deles på nasjonale og internasjonal konferanser, er at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i sykehus ofte ser ut til å være delegert til kvalitetsavdelinger som ikke er direkte knyttet til kliniske linjeledere eller til toppledelse i helseforetaket. Vi var derfor interessert i å finne ut om dette var tilfelle i norske sykehus, og spurte om hvor ansvaret for pasientsikkerhetsarbeidet var plassert, om det fantes egne enheter/avdelinger/seksjoner for pasientsikkerhet på henholdsvis foretaksnivå og sykehusnivå.

Det gjennomgående svaret fra informantene var at pasientsikkerhetsarbeidet var forankret i en stabsfunksjon til direktøren, men det varierer noe til hvilken stabsfunksjon pasientsikkerhet var lagt. Flere foretak hadde et samlet ansvar på foretaksnivå, men med lokale kvalitetsansvarlige i hver klinikk/divisjon. Pasientsikkerhet var forankret i kvalitetsavdelingen i de foretakene som hadde en slik. Ellers var det vanlig at ansvaret var plassert hos fagdirektør eller tilsvarende.

Bare få steder var imidlertid ordet "pasientsikkerhet" med i betegnelse på enhet eller tittel. Unntak var i f. eks. Helse Bergen HF som har eget Senter for pasientsikkerhet i Seksjon for kvalitetsutvikling og smittevern og Akershus Universitetssykehus HF som har egen pasientsikkerhetssjef. Noen få foretak hadde egne pasientsikkerhetsutvalg (PSU). Foretakene hadde kvalitetsutvalg på foretaksnivå og gjerne også på klinikk-, divisjons- og avdelingsnivå. Noen hadde i tillegg egne klage- og skadeutvalg.

Bekymringen som nevnes innledningsvis, ble også tatt opp av flere informanter. Flere av informantene rapporterte om omorganiseringer som har funnet sted eller skulle igangsettes for å knytte kvalitet og pasientsikkerhet tettere til den kliniske beslutningslinjen. Intervjuene gir et klart inntrykk av at det for tiden er en endring i hvordan sykehusene organiserer arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og at det er en tendens til at både medisinske ledere og toppledelse får et mer direkte ansvar. Mange informanter understreket at ansvaret for pasientsikkerhet er i ferd med å flyttes "inn i linjen". Det ble presisert at det skulle ligge "lavest mulig", noe vi oppfattet som hos kliniske ledere på lavest mulig nivå.

SYKEHUSINTERNE MELDESYSTEMER OG RAPPORTERING

I tillegg til Meldesentralen i Helsetilsynet, har landets helseforetak etablert interne meldeordninger for å rapportere uønskede hendelser som fører til eller kunne ha ført til alvorlig skade på pasient. Vi stilte spørsmål om foretaket hadde et

internt meldesystem for avvik, skader, uønskede hendelser og nesten-uhell, og om dette var elektronisk eller papirbasert.

Det er fire ulike, kommersielle programmer i bruk for rapportering av avvikhendelser i helseforetak: Synergi, TQM (Total Quality Management), EQS (Extend Quality System) og Docmap (elektronisk ledelses- og kvalitetssikringssystem). Valg av system følger stort sett regionale grenser, med noen unntak. Alle helseforetak i Helse Nord oppgir at de tar i bruk Docmap i løpet av 2008 – 2009. Helse Vest har satsset på Synergi og implementerer dette ved alle sykehus innen 2009. Helse Sør-Øst benytter stort sett av TQM og EQS men også Synergi. Helse Midt-Norge har foreløpig flest meldinger på papir. Et par sykehus har systemer som er utviklet lokalt.

Alle sykehus oppgav at de hadde et system for å melde skader eller uønskede hendelser. Det var imidlertid variasjon i hvor langt innføringen av elektroniske systemer var kommet. Flere sykehus kommenterte at opplæring i og god utnyttelse av systemet tar lang tid, men at oppmerksomheten omkring systemene er i ferd med å endre meldekulturen. "Vi installerte TQM i 2006 men først i år begynner vi å få fornuftig statistikk". "Vi har jobbet med meldekultur og de fleste undertegner meldingene, det er svært få anonyme". "En del klinikksjefer er nå veldig opptatt av dette." Det var i alt ni informanter som sa at sykehuset innfører elektronisk system "i løpet av året".

Om lag halvparten av informantene meldte at elektronisk meldesystem var implementert og tatt i bruk. Langt færre oppga at nyttige rapporter ble tatt ut rutinemessig. Gjennomgående meldes enkelthendelser til nærmeste leder, og det er forutsatt at hendelsen skal håndteres på lavest mulig nivå. Kvalitetsutvalgene fungerer ofte som en slags kvalitetssikrer av enkeltmeldinger, og tar også stilling til videresending av meldinger om alvorlig skade på pasient eller forhold som kunne ha medført alvorlig skade.

Helseforetakene skal rapportere samledata i henhold til det årlige oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. De variabler og måltall det skal rapporteres på, fremgår i oppdragsdokumentene. Det regionale foretaket vil etterspørre disse dataene samt eventuelt legge til krav om egne indikatorer for sine foretak. Et inntrykk fra undersøkelsen, er at data om uheldige hendelser og pasientskader bare i liten grad rapporteres på samlet nivå. Dette gjelder også i de dokumenter som presenteres for styrene - både på regionalt og lokalt nivå. Et par sykehus har imidlertid opplyst at de bruker antall erstatningssaker til Norsk pasientskadeerstatning som en pasientsikkerhetsindikator som rapporteres oppover til styrenivå.

Rutinemessig rapportering på foretaksnivå er vanskelig tilgjengelig for utenforstående, på for eksempel nasjonalt nivå. I denne undersøkelsen stilte vi derfor spørsmål om samledata vedrørende pasientrelaterte skader, uønskede hendelser og nesten uhell, rapporteres rutinemessig i måneds-, tertial- eller årsrapporter, og om pasientsikkerhet var fast punkt i styre- og ledermøter. Vi ønsket å få oversikt over i hvilken grad slike data rapporteres og anvendes på aggregert nivå.

Helseforetak	Papir / lokalt system	Internt elektronisk rapporteringssystem			
		Synergi	TQM	EOS	Docmap
Oslo universitetssykehus -Aker HF	Fra Excel	(X)			
Akershus universitetssykehus HF				X	
Blefjell sykehus HF			X		
Psykiatrien i Vestfold HF				(X)	
Oslo Universitetssykehus - Rikshospitalet HF	lokalt				
Ringerike sykehus HF			X		
Sunnaas Sykehus HF			X		
Sykehuset Asker og Bærum HF		X			
Sykehuset Buskerud HF			(X)		
Sykehuset i Vestfold HF			X		
Sykehuset Innlandet HF			X		
Sykehuset Telemark HF			X		
Sykehuset Østfold HF		(X)			
Sørlandet sykehus HF			X		
Oslo universitetssykehus - Ullevål HF		X			
Helse Stavanger HF		X			
Helse Fonna HF		(X)			
Helse Bergen HF		X			
Helse Førde HF		X			
Helse Nordmøre og Romsdal HF	papir				
Helse Nord-Trøndelag HF	papir				
Helse Sunnmøre HF	papir				
Rusbehandling Midt-Norge HF				X	
St. Olavs Hospital HF	papir				
Helse Finnmark HF					(X)
Helgelandssykehuset HF					(X)
Nordlandssykehuset HF					(X)
Universitetssykehuset Nord-Norge HF					(X)

Tabell 2: Interne rapporteringssystem i norske helseforetak

Parentes = skal starte / er i ferd med å implementere

Svarene fra helseforetakene viser variasjon mht rutinemessig rapportering. Et par av sykehusene viste til at det var vanskelig å hente ut data fra de elektroniske meldesystemene. Dette problemet gjaldt alle de større systemene. Et foretak opplyste at de hadde klart å få rapporter på samledata tidligere, men etter oppgradering av meldesystemet var det blitt mer tungvint. Flere viste til at den årlige rapporteringen var identisk med rapporteringen som ble sendt til Statens helsetilsyn, skjema IK2448.

Vi har forsøkt å oppsummere hvor mange helseforetak som oppga at de rapporterte henholdsvis årlig, halvårlig, tertial eller månedlig på samledata i tabell 3.

Tabell 3: Rapporteringsfrekvens for data om pasientsikkerhet

	Årlig	Halvårlig	Tertial	Månedlig
Rapporteres samledata	15	3	8	2

Et par foretak hadde fast månedlig rapportering i tillegg til halvårlige rapporteringer. Kategoriene for rapportering er dermed ikke gjensidig utelukkende - et foretak som har meldt om månedlig rapportering, kan også være talt med under halvårlig rapportering, og være registrert med årlig rapportering. Fire helseforetak gav ikke klare svar og er ikke registrert i noen kategori. Ett av dem sier at rapportering har kunnet forekomme i årsrapportene, men at det kommer fast inn nå. Et annet svarer at de nok ligger litt etter mht rapportering, og viser til at det planlegges fast rapportering fra kvalitetsutvalget. Et tredje foretak svarer at det ikke har gode rutiner for dette og avventer rapporteringsmuligheter for meldesystemet. Ledelsen har imidlertid en årlig gjennomgang av antall hendelser.

Tabell 4: Rapportering på forekomst og utvikling

	Ja	Nei	Under utvikling
Beskrives forekomst og utvikling	14	2	3

Foretakene i Helse Vest viste til en fast innrapportering til regionalt helseforetak hvor en egen mal for rapportering var under utvikling.

Vi spurte også om rapporterte hendelser ble brukt som utgangspunkt for årsaksanalyse eller hendelsesanalyse. Ingen helseforetak hadde gjennomført dette ennå, men et par informanter oppga at dette var under planlegging. Helse-Bergen har kommet lengst, med gjennomført kurs i årsaksanalyse og konkret program for hvordan de skal gå videre.

I likhet med svarene til spørsmål om strategi og organisering, viser også svarene om rapportering at det foregår endringer i sykehusene. Det var en klar tendens til at foretakene arbeidet med hyppigere rutinemessige rapporteringer om saker som er

relatert til pasientsikkerhet til toppledelse og styrer. Flere informanter opplyste at det nå skal rapporteres også til styrenivå, noe som ikke var gjort før.

LOKALE PASIENTSIKKERHETSPROSJEKTER

Vi spurte om helseforetaket hadde pågående prosjekter med pasientsikkerhet som tema.

Åtte foretak arbeidet med prosjekter for å redusere legemiddelfeil. Dette er et stort felt innenfor pasientsikkerhet og et område som har blitt adressert i flere internasjonale kampanjer (10;11). Fem foretak rapporterte at de hadde prosjekter for å redusere forekomsten av fall. Sju foretak meldte om prosjekter som omhandlet pasientforløp, pasientflyt, behandlingslinjer og samhandling.

Det ble rapportert om pasientnære prosjekter som identitetsmerking, strukturert kommunikasjon (SBAR (12)), håndhygiene, mottaksprosedyrer og mobile intensiv team. Det ble rapportert om mer strukturorienterte prosjekter som internrevisjoner, ISO sertifisering og opplæring i bruk av meldesystemer. To informanter fortalte om prosjekter som rettet seg mot meldekulturen i sykehuset. To andre informanter rapporterte om undersøkelse av pasientsikkerhetskultur og en om innføring av systematisk journalanalyse med Global Trigger Tool. Flere sykehus rapporterte om et stort antall prosjekter. Helse-Bergen rapporterte om over 20 pågående pasientsikkerhetsprosjekter av ulike størrelse, med BEST-prosjektet som det mest kjente (13-17). BEST-prosjektet er et godt eksempel på et prosjekt som har engasjert fagmiljøer, spredd kunnskap og forbedret praksis over hele landet. Fire helseforetak svarte nei på spørsmål om det pågår prosjekter relatert til pasientsikkerhet høsten 2008.

KVALITETSUTVALG OG PASIENTMEDVIRKNING

Retningslinjene for kvalitetsutvalg slår bl.a. fast at kvalitetsutvalgene skal være et obligatorisk virkemiddel i institusjonenes arbeid med å sørge for og fremme sikkerhet og kvalitet på helsetjenestene. Vi spurte om kvalitetsutvalgets sammensetning, hvem som satt i utvalget og hvem som ledet det.

Av de 28 undersøkte foretakene, rapporterte ti at adm. dir./foretaksdirektør leder det sentrale kvalitetsutvalget. 12 sentrale kvalitetsutvalg ledes av en stabsdirektør (fagdirektør, med. faglig direktør o.a.). Ved halvparten av foretakene var utvalget enten satt med adm. dir./foretaksdirektør som leder og/eller med full representasjon av divisjons- eller klinikkdirektører. Det har tidligere ikke vært vanlig at toppleder var representert i kvalitetsutvalgene - retningslinjene angir bare at en representant fra ledelsen bør sitte der.

Ca halvparten av foretakene hadde utvidet kvalitetsutvalgsstrukturen med kvalitetsutvalg og -råd på både klinikk-, og divisjonsnivå og på avdelings-/institusjonsnivå. Ett foretak hadde ikke sentralt kvalitetsutvalg, men tre lokale som ble ledet av hver sin klinikk-sjef. Det manglet opplysninger fra fem av foretakene.

Det er forholdsvis stor variasjon i hvilke saker som håndteres i sentralt kvalitetsutvalg. Det ser ut til at rundt halvparten av foretakenes kvalitetsutvalg har størst oppmerksomhet på pasientrelaterte saker, herunder behandling av enkeltsaker. Av de øvrige er det flest som ser ut til å fokusere på kvalitet generelt, som for eksempel tilsynsrapporter fra alle aktuelle tilsynsmyndigheter (ca 10), internrevisjon avvik, risikovurdering av virksomheten generelt. Noen få oppga at HMS-saker også var med. Det var store variasjoner i om utvalgene var strategiske eller stort sett håndterte enkeltsaker.

Innenfor pasientsikkerhetsarbeidet er det også et økende oppmerksomhet på å involvere pasienter i arbeidet med forbedring, både på et overordnet nivå og direkte i behandling av den enkelte. Vi spurte derfor alle foretakene om brukerråd, pasienter eller pasientrepresentanter var involvert i pasientsikkerhetsarbeidet ved foretaket og eventuelt på hvilken måte.

Både de regionale helseforetakene og hvert enkelt helseforetak hadde egne brukerutvalg. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF hadde for eksempel i tillegg egne brukerråd/ brukerutvalg ved hvert enkelt helseforetak. Enkelte informanter brukte betegnelsen brukerutvalg og andre begrepet brukerråd om samme forum. Brukerutvalget ved Aker Universitetssykehus endret for eksempel navn til Brukerråd i 2005. I det følgende bruker vi de betegnelse som informantene har brukt.

Det så ut til å være stor lokal variasjon i hvordan brukerrådet er knyttet til kvalitetsutvalgene og til pasientmedvirkning generelt. De fleste informantene rapporterte at de hadde pasientrepresentant i kvalitetsutvalget, mens informanten i et av de største foretakene opplyste at pasientrepresentanten kun var involvert i klage- og skadebehandling.

Det var variasjon i hvordan foretakene rapporterte om involvering av pasienter. Kvalitetsutvalget i foretakene hadde ansvar for kontakten med brukerrådet. En av informantene opplyste at pasientrepresentanten i kvalitetsutvalget hadde stemt for å gå ut av utvalget. En annen informant påpekte at pasientrepresentanter "trenger erfaring for å tørre å være aktiv" i utvalget. Flere av informantene påpekte også at pasientrepresentantene bidro med gode spørsmål til kvalitetsutvalgene, andre opplyste at brukerutvalgene var aktive når de fikk oppgaver, men at de i liten grad tok initiativ selv. I noen foretak var brukerutvalgene svært aktive, de både initierte og utformet pasientundersøkelser. Ett av de større helseforetakene rapporterte om faste månedlige møter mellom brukerutvalg og fagdirektør, andre rapporterte at pasienter var representert i kvalitetsutvalget.

En informant fortalte at brukerrådet på eget initiativ hadde hatt en gjennomgang av sykehuset med hensyn på tilretteleggelse for pasienter. En annen fortalte at brukerrådet hadde vært med i et pasientflytprosjekt. Noen foretak planla å involvere brukerrådene i større grad, men det ble ikke gitt konkrete eksempler på hvordan dette var tenkt gjennomført.

Hovedinntrykket er at brukerråd var etablert, men at det gjenstår en del før pasienter involveres konkret i systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Kvalitetsutvalgene har gjennomgående minimum én pasientrepresentant. Ved tre-

fire av foretakene var det egne pasientsikkerhetsutvalg (PSU), og det var pasientrepresentant i minst ett av dem.

Vi spurte om kvalitetsutvalgets arbeid etterspørres. Sju foretak svarte negativt. Svarene varierte fra nei, i grunnen ikke, til "ingen hadde reagert om vi ble lagt ned". Informanter ved to helseforetak tror at pasientsikkerhet ville få større oppmerksomhet om kvalitetsutvalget ble avviklet. I den andre enden av skalaen er svar som "vi har fått ny fagdirektør som har fått forankret det i ledelsen, vi merker endringen". Fire helseforetak rapporterte at det er stor og økende interesse for kvalitetsutvalgets arbeid, både fra klinikk og fra toppledelse.

Diskusjon

BEGREPSBRUK OG PASIENTSIKKERHET

Ulik forståelse og bruk av begreper er en av utfordringene når vi skal prøve å få oversikt over arbeidet med pasientsikkerhet ved norske helseforetak.

Som svar på spørsmål om pasientsikkerhet har eget punkt i foretakets strategi svarer et foretak slik: Ordet "pasientsikkerhet" er ikke brukt, men vi sier: "-i ett og alt – pasienten først". Kommentaren er interessant ettersom den på den ene siden viser at begrepet ikke er tatt i bruk, samtidig som en forstår begrepet som en tett koblet opp mot pasientorientering - "patient centredness". Det er en fortolkning av pasientsikkerhet som også gjenspeiles i internasjonal litteratur (18-21).

Et annet foretak svarer at pasientsikkerhet ikke har eget punkt i strategien, men sorterer under informasjonssikkerhet. Andre foretak i samme region viser også til arbeid med pasientsikkerhet som en del av arbeid med informasjonssikkerhet, og knytter dette blant annet til implementering av elektroniske pasientjournaler. Kobling av pasientsikkerhet til informasjonssikkerhet viser at det praktiske arbeidet med pasientsikkerhet er ivaretatt innenfor deler av et overordnet kvalitetsarbeid. Pasientsikkerhet forutsetter begge disse forståelsene: Pasienten i sentrum og informasjonssikkerhet som sikrer at opplysninger om pasienter ikke kommer på avveie, og at den kommer dit den skal til rett tid.

Pasientsikkerhet kan defineres både som en tilstand og en prosess: Pasienten skal være sikret mot skade som følge av helsetjenester, eller mangel på helsetjenester. I tillegg skal alt som skjer med pasienten i forbindelse med sykehusbehandlingen være trygt, slik at den ikke medfører risiko for skade.

Ulike begreper har vært brukt om det som skjer når pasienter ikke er trygge i helsetjenesten. Tidligere snakket man om medisinske feil og avvik, nå brukes begrepene uønskede hendelser og systemsvikt. Våre funn tyder på at det også i norske sykehus en dreining fra å plassere ansvaret hos det enkelte helsepersonell til å betrakte pasientsikkerhet som et systemanliggende og et lederansvar.

I helseforetakenes arbeid med pasientsikkerhet er hele bredden av definisjoner representert, fra OECDs definisjon som prioriterer vern mot skader som følge av helsetjenester, til WHO's vide definisjon som inkluderer all organisatoriske tiltak som beskytter pasienter, helsepersonell og miljø. Dette tilsier at det er behov for en nasjonal diskusjon og etter hvert samling om hva som skal ligge i et norsk pasientsikkerhetsbegrep.

STRATEGIER OG ORGANISERING

Nasjonal helseplan (22) vektlegger to mål som spesielt angår pasientsikkerhet, i perioden 2007 – 2010:

- etablere systematisk rapportering av sentrale nøkkeldata som viser utviklingen i forhold til prioritering og kvalitet
- større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser i helsetjenesten, slik at hendelsene kan benyttes til læring og forebygging

I tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi forutsetter dette at ledelsen i helseforetakene fokuserer på å følge med og evaluere kvaliteten av arbeidet i norske sykehus. Kvalitetsstrategien sier at tjenestene skal være "trygge og sikre" (unngå utilsiktede hendelser), noe som innebærer at ledere på ulike nivåer må ha oversikt over hvordan enheten de leder ivaretar dette området. Bildet som fremkommer i mediene, er imidlertid at ledere først og fremst fokuserer på økonomi og budsjettstyring. Ledere på ulike nivåer er aktivt opptatt av å rapportere det som nivået over forventer. Derfor er det nødvendig at data om pasientsikkerhet etterspørres fra øverste hold via Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og på regionalt helseforetaksnivå i årlige bestillingsdokumenter. Å overføre en nasjonal kvalitetsstrategi til daglig praksis i sykehus, er ikke "gjort over natta". Her behøves endring av både rutiner og kultur på alle nivåer.

Som en oppfølging av Nasjonal kvalitetsstrategi må pasientsikkerhet inn som et strategisk område på alle nivåer, fra departement til den enkelte avdelings virksomhetsplaner. Pasientsikkerhet bør også være et prioritert punkt i ledelsens gjennomgang i sykehusene.

Våre funn viser variasjon og at endring pågår. Flere helseforetak er i ferd med å flytte kvalitetsarbeidet inn i beslutningslinjen ved å ansvarliggjøre både kliniske ledere og toppledere i større grad. For å engasjere seg i dette arbeidet trenger ledere informasjon om utfordringene. Jevnlige rapporter basert på interne meldesystemer og definerte indikatorer vil være nødvendig beslutningsstøtte. Pasientsikkerhet har tradisjonelt vært betraktet som helseprofesjonenes, primært medisinerens domene. Etter pålegg fra helsemyndigheter har kvalitet og pasientsikkerhet også fått organisatoriske overbygninger og i stor grad vært håndtert i kvalitetsutvalg og kvalitetsavdelinger. Mange har opplevd at pasientsikkerhet har levd sitt eget liv i utvalgene, uten direkte linje til klinikk eller toppledelse. Med økende kompleksitet i moderne sykehus øker også erkjennelsen av at pasientsikkerhet også er et lederansvar.

Ledere har ansvar for at det finnes åpne kanaler for pasientsikkerhet både oppover og nedover i linjen. "Bedre & systematisk traumebehandling" (BEST) er et samarbeidsprosjekt mellom flere institusjoner ledet av Helse Bergen HF. Ni av ti norske helseforetak har nå trent de tverrfaglige akutteamene i best mulig traumebehandling. BEST er et eksempel på et prosjekt som har gått opp linjen og ut til andre.

Betydningen av lederes involvering er adressert av flere pasientsikkerhetskampanjer med tiltak som 'Boards on board' fra det amerikanske Healthcare Improvement Institute, og 'Patient Safety Leadership WalkRounds TM' fra det britiske National Health Service (NHS).

Både Storbritannia, Sverige og Danmark har arbeidet for aktiv involvering av både kliniske ledere og toppledelse. En av forutsetningene ser ut til å være at resultater blir etterspurt av sykehusets styre, men det er altså variasjon i hvordan dette praktiseres i ulike land. NHS oppsummerer sine erfaringer som gode, særlig i Skottland. Danmark derimot, oppgir i evalueringen av sin pasientsikkerhetskampanje at de ikke har hatt nok fokus på dette.

Et hovedinntrykk fra vår undersøkelsen er at bevissthet om pasientsikkerhetsarbeid er i endring også i Norge. Omorganisering for å ansvarliggjøre kliniske ledere og toppledere, er faktorer som har blitt nevnt av flere helseforetak. Undersøkelsen viser at halvparten av foretakene har skapt en struktur som gir mulighet for å integrere både kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid direkte inn i ledelsen av foretaket. Forutsetningene for en mer aktiv rapportering av resultater innenfor pasientsikkerhet er da til stede i norske sykehus. Det hevdes at ledere engasjerer seg når forventningspresset ovenfra blir tilstrekkelig tydelig. Det kan se ut som om sykehusledere i dag blir belønnet etter om de klarer å holde budsjettet. Det er nødvendig at helsemyndigheter legger tilsvarende krav om å levere sikre tjenester.

MELDESYSTEMER OG RAPPORTERING

Hvor langt man har kommet i implementeringen av elektroniske rapporteringssystemer varierer nasjonalt sett. Mange informanter nevnte spesielt at implementeringen tar tid.

Hensikten med meldeordninger har endret seg i tråd med den generelle utviklingen i synet på pasientsikkerhet. Meldesystemer internasjonalt kalles nå "Reporting and learning system" med fokus på "learning". En viktig diskusjon er hvordan man kan stimulere flere til å melde fra om skader, hendelser eller nesten-hendelser for å øke læringstilfanget. Dette berører en omfattende diskusjon om meldekultur og spørsmålet om anonyme eller identifiserbare meldinger. Det har vært antatt at helsepersonell unnlater å melde av redsel for sanksjoner. Rettssaker fra bl.a. Sverige, hvor sykepleiere har blitt dømt for uaktsomt drap etter feildosering av legemidler, kan begrunne en slik oppfatning. Mange land, deriblant Danmark, har tatt dette alvorlig - det nasjonale, obligatoriske meldesystemet knyttet til dansk pasientsikkerhetsdatabase¹ er anonymt. Troen på anonymitet er forankret i en kultur hvor man anser at en uønsket hendelse bunner i en personlig feil og at den personen må forbedres og/eller straffes. Oppfatningen om at underrapportering av hendelser er begrunnet i redsel for sanksjoner, har inntil nylig overskygget andre

¹ <http://www.dpsd.dk/>

barrierer for rapportering. I det senere har man sett mer på tungvinte rapporteringsprosedyrer og mangl på respons eller tiltak for forbedring (23).

Det ser ut som om norske sykehus er i ferd med å slutte seg til den holdningen som nå brer seg internasjonalt:

- At den primære hensikten med meldinger blir læring
- At det lokale nivået er det viktigste, det er der forbedring kan skje
- At meldte situasjoner bør kunne identifiseres for å spore opp fler detaljer
- At det nasjonale nivået ikke har behov for personopplysninger

Etter som læringsaspektet blir mer fremtredende ved rapportering, blir også det lokale nivået viktigere. Dette er også bakgrunnen for etableringen av lokale og ikke bare nasjonale meldeordninger. Pasientsikkerhet skapes i sykehuset, og det er der forbedring må foregå. Forståelsen av hva som gikk galt forutsetter ofte kjennskap til både struktur, kultur og personer. Meldinger på lokalt nivå trenger derfor mer kvalitative analyser, og kan være mer konkrete enn analyser av meldinger på nasjonalt nivå. Mens det nasjonal nivået vil ha langsiktighet, oversikt og risikomønster som mål, kan det lokale nivået ha konkrete forbedringsmål og kort tidshorisont.

Endring i perspektiv tar tid. Svarene vi fikk om organisering tyder på at det er økende bevissthet om lederes ansvar for at læring skjer i sykehusene. Denne tendensen indikeres også av informasjonen om rapporteringsrutiner. Flere sykehus oppgir at de er i ferd med å innføre fastere og hyppigere rapportering på området. Alle helseforetak inkluderer pasientsikkerhet i sine årsrapporter, ofte indikert ved antall § 3-3 meldinger til Meldesentralen. Åtte helseforetak oppgir at pasientsikkerhetsspørsmål rapporteres tertialvis. Vi ser at enkelte foretak oppgir rapportering i ledelsens gjennomgang tertialvis, mens tre helseforetak rapporterer årlig. Sørlandet sykehus (SSHF) utmerker seg ved tertialvis rapportering til ledelsens gjennomgang, både på foretaks- og klinikknivå. Rapporten oversendes også til styret. Pasientsikkerhet er fast punkt i alle styremøter og i møtene for ledergruppen ved SSHF og i administrerende direktørs månedlige oppfølgingsmøter med klinikksjefene.

”Avviksmeldinger” er en viktig kilde til informasjon om hvor skoen trykker, og både antall meldinger og analyse av enkelthendelser bidrar med ulik og viktig og nødvendig informasjon.

Forskning viser at det er en betydelig underrapportering av avvik og uønskede hendelser i sykehus (24;25). Derfor er antall meldinger et vanskelig mål for forekomst av uønskede hendelser. Det er vanskelig å tolke om en økning i antall meldinger er et godt eller et dårlig tegn. To informanter meldte at de har hatt prosjekter om meldekultur ved sykehuset, men det var for tidlig å si noe om resultatet av dette. Et meldesystem som har vært i virksomhet over lengre tid, Hemovigilans, har erfart at antallet meldinger økte jevnt de fem første årene for så å flate ut på et høyt nivå. Tolkningen av dette er at man i alle systemer trenger tid for å forstå hensikten, innarbeide rutiner og se resultater av meldinger.

Et par foretak viste til at det kun var antall meldinger totalt som ble rapportert til ledelsen på årsbasis. Noen uttrykte skepsis til om endringer i antall meldinger var et nyttig mål. Økning i antall meldinger kan like gjerne tilskrives bedre meldekultur enn en økning i faktiske hendelser. Antall meldinger som kvalitetsindikator er derfor et usikkert mål på pasientsikkerhet. Innad i sykehusene er det kanskje mer å hente på å analysere utvalgte hendelser kvalitativt.

Dette innebærer også en kulturendring, også etterlyst av departementet i Nasjonal helseplan. En ønsket kulturendring i klinikken for at meldinger blir oppfattet som en positiv mulighet til læring, forutsetter nedbygging av barrierer og stimulering av insentiver. Enkle systemer, rask tilbakemelding og gode analyser som involverer de impliserte kan være skritt i riktig retning. Det er oppmuntrende å høre at enkelte sykehus arbeider bevisst med meldekultur og med kartlegging av intern pasientsikkerhetskultur.

LOKALE PASIENTSIKKERHETSPROSJEKTER

Pasientsikkerhetsprosjektene som foregår ved norske sykehus tyder på at det er engasjement og bevisstgjøring innen mange av de områdene som er adressert i internasjonale kampanjer og som nevnes i litteraturen (26-31). Undersøkelsen viste at motivasjonen for forbedring er til stede på lokalt nivå i sykehusene. Prosjektene som er i gang gav inntrykk av at begrepet pasientsikkerhet og potensialet og motivasjonen for forbedring har oppmerksomhet på lokalt nivå i sykehusene. Det som gjenstår er kanskje å løfte denne motivasjonen opp på ledernivåene. Internasjonal litteratur vektlegger lederansvaret ved pasientsikkerhet (32-34). Beslutningsgrunnlaget for styring av norske helseforetak er i stor grad sammenfallende med hva overordnet nivå etterspør. Det er derfor av stor betydning at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene innlemmer pasientsikkerhetsparametre når de etterspør helseforetakenes resultater.

Vi ser også at flere sykehus arbeider med beslektede prosjekter. Vi oppfattet at noen sykehus har oversikt over andre prosjekter innen egen region, men vi fant lite samarbeid og synergi på tvers av regioner.

KVALITETSUTVALG, PASIENTMEDVIRKNING OG KULTUR

Kvalitetsutvalgene på sentralt nivå har vært brukt til avvikshåndtering og tilsynsrapporter på alle områder ved drift av helseforetak. Bestemmelsen om kvalitetsutvalg er gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven og knytter seg egentlig ikke til annen lovgivning enn den; altså ikke til lovgivning om mat, brann, hms etc. Det samme gjelder internkontrollforskriften. Dette kan medføre at pasientsikkerhetsfokuset, som egentlig var det sentrale for kvalitetsutvalgene da de ble innført, utvannes. På den annen side er det viktig for foretakene å ha oversikt og kontroll med alle tilsyn, og sikre at virksomheten foregår innenfor gjeldende lovverk.

Et foretak påpekte at pasientrepresentanter ”trenger erfaring for å tørre å være aktiv” i utvalget. Det er sannsynlig at et utvalg i sykehus med tung representasjon av fagfolk kan virke nokså overveldende på mange pasienter. Et annet foretak rapporterte at pasientrepresentanten valgte å gå ut av kvalitetsutvalget, uten at vi har opplysninger om hvorfor pasienten valgte å gå ut. En fortolkning kan være at pasienten ikke ser nytten av sin deltakelse, at hun ikke nådde frem med sine synspunkter eller innspill, eller at hennes innspill både nådde frem og var vesentlige, men at det ikke ble kommunisert tilbake til representanten. Sykehuskulturen generelt har heller ikke hatt lang tradisjon for å etterspørre pasienters perspektiv. Pasientrepresentasjon og medvikning er imidlertid i økende grad verdsatt som et selvfølgelig og verdifullt bidrag i pasientsikkerhetsarbeid både internasjonalt og i Norge. Det kan nok likevel gå tid før pasienter opplever seg likeverdige med helseprofesjoner i sykehuskulturen.

Internasjonalt er pasientmedvirkning på alle nivåer et hovedsatsingsområde. Forskjellene i holdninger til dette innad i Europa er stor, men Skandinavia og Storbritannia er pådrivere i dette arbeidet. WHO's satsing på ”Patients for Patient Safety” (35), har gitt pasienter en plass på alle nivåer i planlegging. Pasienter er i ferd med å bli en drivende kraft i en omfattende kulturendring når det gjelder helsetjenestens åpenhet og ydmykhet i forbindelse med uønskede hendelser.

Fra 1. januar 2001 ble pasientens krav på informasjon og medvirkning i egen behandling lovfestet i pasientrettighetsloven (36). Pasientmedvirkning bør gjelde på alle nivåer, individuelt og systemisk. Det forutsetter en åpenhet og et informasjonsnivå som ennå ikke er selvfølgelig i alle sykehus. Informasjonen må gis før behandling som grunnlag for informerte valg, og etter eventuelle uønskede hendelser slik at pasienter er fullt informert om hva som har skjedd (37-39).

Pasientmedvirkning er også innført på mer overordnet og strukturelt nivå (Helseforetakslovens § 35 og Internkontrollforskriften § 4 annet ledd litra e). Helsetjenesten har plikt til å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten. Helseforetakene har også plikt til å sørge for at virksomheter som yter helsetjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienter og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Pasienter skal også delta ved planlegging av de regionale foretakenes virksomhet. Det er etablert brukerråd eller -utvalg ved alle regionale og lokale foretak. I tillegg er det i retningslinjer for kvalitetsutvalgene anbefalt at kvalitetsutvalget har en pasientrepresentant.

Det varierer i hvilken grad det er pasientrepresentasjon i mindre klage- og skadeutvalg som bare håndterer saker vedrørende enkeltpasienter. En forklaring på dette er taushetspliktsproblemet. Selv om lovgivningen åpner for at medlemmer av kvalitetsutvalgene kan få taushetsbelagte opplysninger, er man antagelig tilbakeholden med flyt av personidentifiserbare opplysninger.

STYRKER OG SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN

Undersøkelsen var en kartlegging av arbeidet med pasientsikkerhet ved norske helseforetak og et rent beskrivende arbeid. Vi fikk informasjon fra samtlige av

foretakene vi henvendte oss til, og oppfatter dette som en god oversikt over ulike sider ved pasientsikkerhetsarbeidet som utføres ved norske sykehus. Som alltid når man sammenfatter kompleks informasjon, ser vi at enkelte punkt i intervjuene kunne vært utdypet. Hva mente for eksempel informanter som sa at...” rapporteringen var blitt vanskeligere etter oppdatering av programmet”.

Intervjuene ble utført av tre personer. På forhånd hadde vi sammen utarbeidet og gjennomgått intervjuguide og diskutert ulike innfallsvinkler. Vi hadde også prøveintervjuer med hverandre. Man bør likevel alltid være kritisk til om intervjuguiden og intervjuteknikken var god nok. Det kan være forskjeller i vektlegging av spørsmål og fortolkning av svar. Undersøkelsen er basert på 28 enkeltbeskrivelser som til sammen gir et inntrykk av hvordan pasientsikkerhetsarbeidet er organisert og utøvet i norske helseforetak. Materialet er for lite til at det er interessant å trekke kvantitative konklusjoner. Vi mener likevel at vi kan identifisere både ulikheter og fellestrekk i arbeidet med pasientsikkerhet og at vi kan se en endringstrend i felles retning.

Kontaktpersonene delte rikelig av sin kunnskap og sine erfaringer. Dette har vært viktige bidrag i Nasjonal enhets forståelse av det pasientsikkerhetsarbeidet som skjer ved norske sykehus.

Konklusjon

Norge er sist ute av de skandinaviske landene når det gjelder prioritering av pasientsikkerhetsarbeid. Både Sverige og Danmark fremheves ofte som foregangsland i internasjonale sammenhenger. De rapporterer imidlertid også at de sliter med velkjente problemer: Legene engasjerer seg ikke og ledere engasjerer seg ikke. Våre funn tyder på at leger engasjerer seg lokalt i sine egne prosjekter, og at noen ledere engasjerer seg. Utfordringen er å løfte engasjementet ett trinn opp fra egen avdeling og se overføringsmuligheter, slik BEST-prosjektet i Bergen har lyktes med.

Vårt hovedinntrykk fra intervjuene er at begrepet pasientsikkerhet er på vei inn i strategidokumenter, i organisasjonene, i klinikkene og i ledelsen. Vi så at det var regionale forskjeller i bevissthet på området. Enkeltsykehus utmerket seg og kan brukes som eksempel for andre.

Mange lokale prosjekter viste at det arbeides aktivt med bedring av pasientsikkerheten innenfor ulike fagmiljøer og klinikker over hele landet. Vi så også at det manglet regional og nasjonal koordinering. Det kan reises spørsmål om hvorvidt kvalitetsutvalgenes mandat (jf retningslinjene) bør gjennomgås på nasjonalt nivå, og om lovgiver i større grad burde legge til rette for at kvalitet inngår som naturlig tema for ledelsen på alle nivåer.

BEHOV FOR VIDERE ARBEID/FORSKNING

En grundig og god forståelse av pasientsikkerhet og arbeid med pasientsikkerhet forutsetter en god kunnskapsbase både teoretisk og empirisk. Arbeidet på dette området har kommet kort i Norge. Det er behov for ytterligere utvikling og forskning på mange områder:

- Begrepsavklaring: Fortsatt diskusjoner med norske helseforetak og i offentlige fora
- Hva er styrker og svakheter ved ulike kunnskapskilder for omfang av uønskede hendelser i Norge?
- Analyse av tilgjengelige meldesystem med tanke på hva som egner seg til faste gjennomgående rapporter til ulike nivåer
- Metodeutvikling og modelltesting

- Hvilke resultatmål er nyttige på hvilke beslutningsnivåer?
- Effekten av tilbakemelding på ulike ledernivåer?
- Hvor langt kan lokale resultater generaliseres?
- Hva er de kritiske fellestrekkene for generaliseringsområdet?

Det er også behov for direkte arbeid for å øke bevissthet og oppmerksomhet om pasientsikkerhet som arbeids- og forskningsfelt.

- Gjennomgå eksisterende datagrunnlag med tanke på utvikling av gode pasientsikkerhetsindikatorer
- Koordinere arbeid med sammenfallende lokale prosjekter
- Fasilitere spredning av læringsgevinsten fra lokale prosjekter
- Samarbeid med helseforetak om analyse av lokale meldinger, utvikle metodekompetanse som en nasjonal ressurs
- Arrangere lederkurs og undervisning for bevisstgjøring av ledere på alle nivå

Både nasjonalt og internasjonalt har kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten økt i omfang. Omsetting av kunnskapen til praksis i helsetjenesten er en utfordring og en nødvendighet for å verne pasienter mot unødige skader.

Referanser

- (1) Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
- (2) Iversen BG. Pseudomonas aeruginosa infections in Norway: an outbreak of Pseudomonas aeruginosa infection caused by contaminated Dent-O-Sept mouth swabs and invasive Pseudomonas aeruginosa infections in Norway 1992-2002. Faculty of Medicine, University of Oslo, 2009.
- (3) An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: The Stationery Office, 2000.
- (4) Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Dorman T, Dickman F et al. Toward learning from patient safety reporting systems. J Crit Care 2006; 21(4):305-315.
- (5) Cochrane D, Taylor A, Miller G, Hait V, Matsui I, Bharadwaj M et al. Establishing a provincial patient safety and learning system: pilot project results and lessons learned. Healthc Q 2009; 12 Spec No Patient:147-153.
- (6) Norge. Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon, 2008.
- (7) Joshi MS, Hines SC. Getting the board on board: Engaging hospital boards in quality and patient safety. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006; 32(4):179-187.
- (8) Frankel A, Grillo SP, Baker EG, Huber CN, Abookire S, Grenham M et al. Patient Safety Leadership WalkRounds at Partners Healthcare: learning from implementation. Jt Comm J Qual Patient Saf 2005; 31(8):423-437.
- (9) WHO Patient Safety. Patients for Patient Safety . http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/ . 19-10-0009.
- (10) Lipshutz AK, Morloc LL, Shore AD, Hicks RW, Dy SM, Pronovost PJ et al. Medication errors associated with code situations in U.S. hospitals: direct and collateral damage. Jt Comm J Qual Patient Saf 2008; 34(1):46-56, 1.
- (11) Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. J Crit Care 2003; 18(4):201-205.
- (12) Dunsford J. Structured communication: improving patient safety with SBAR. Nurs Womens Health 2009; 13(5):384-390.

- (13) Brattebo G, Wisborg T, Hoylo T. [Organization of trauma admissions at Norwegian hospitals]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121(20):2364-2367.
- (14) Wisborg T, Ronning TH, Beck VB, Brattebo G. Preparing teams for low-frequency emergencies in Norwegian hospitals. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47(10):1248-1250.
- (15) Wisborg T, Brattebo G, Brattebo J, Brinchmann-Hansen A. Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Educ Health (Abingdon)* 2006; 19(1):85-95.
- (16) Wisborg T, Brattebo G, Brinchmann-Hansen A, Uggen PE, Hansen KS. Effects of nationwide training of multiprofessional trauma teams in norwegian hospitals. *J Trauma* 2008; 64(6):1613-1618.
- (17) Wisborg T, Brattebo G. Keeping the spirit high: why trauma team training is (sometimes) implemented. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52(3):437-441.
- (18) Davis S, Byers S, Walsh F. Measuring person-centred care in a sub-acute health care setting. *Aust Health Rev* 2008; 32(3):496-504.
- (19) Edwards M, Davies M, Edwards A. What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: a meta-synthesis of the literature. *Patient Educ Couns* 2009; 75(1):37-52.
- (20) Groene O, Lombarts MJ, Klazinga N, Alonso J, Thompson A, Sunol R. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS study). *Qual Saf Health Care* 2009; 18 Suppl 1:i44-i50.
- (21) Cravens C, Earp JA. Disclosure and apology: patient-centered approaches to the public health problem of medical error. *N C Med J* 2009; 70(2):140-146.
- (22) Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007-2010). 15-9-2006. St.pr.nr.1 Helse- og omsorgsdepartementet.
- (23) Wallace LM, Spurgeon P, Benn J, Koutantji M, Vincent C. Improving patient safety incident reporting systems by focusing upon feedback - lessons from English and Welsh trusts. *Health Serv Manage Res* 2009; 22(3):129-135.
- (24) Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999; 5(1):13-21.
- (25) Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE. An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract* 1999; 5(1):5-12.
- (26) Fletcher M. Hand hygiene and infection in hospitals: what do the public know; what should the public know? *J Hosp Infect* 2009.
- (27) Freeman JW, McDaniel M, Landis J, Hoffman W. Medication reconciliation: a quality and safety challenge. *S D Med* 2009; 62(3):114-115.
- (28) Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008; 336(7636):130-133.
- (29) Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD000340.
- (30) Lindberg L, Judd K, Snyder J. Developing a safety culture with front-line staff. *Hosp Health Netw* 2008; 82(9):84-85.

- (31) Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Dorman T, Dickman F et al. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care* 2006; 21(4):305-315.
- (32) Donaldson LJ. Safe high quality health care: investing in tomorrow's leaders. *Qual Health Care* 2001; 10 Suppl 2:ii8-12.
- (33) Gilmour D. Leadership and quality top NHS agenda. *J Perioper Pract* 2009; 19(3):74.
- (34) Harenstam KP, Elg M, Svensson C, Brommels M, Ovretveit J. Patient safety as perceived by Swedish leaders. *Int J Health Care Qual Assur* 2009; 22(2):168-182.
- (35) WHO Patient Safety. Patients for Patient Safety .
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/ . 19-10-0009.
- (36) Norge. Pasientrettighetsloven (1999). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
- (37) Feinmann J. You can say sorry. *BMJ* 2009; 339:b3057.
- (38) Rosner F, Berger JT, Kark P, Potash J, Bennett AJ. Disclosure and prevention of medical errors. Committee on Bioethical Issues of the Medical Society of the State of New York. *Arch Intern Med* 2000; 160(14):2089-2092.
- (39) Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med* 1997; 12(12):770-775.

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE TIL HELSEFORETAK OM PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet har behov for en oversikt over hvordan pasientsikkerhetsarbeidet er organisert i norske sykehus. Vi spør i denne sammenhengen hvordan avvik, skader, uønskede hendelser og nestenuhell som angår pasienter, registreres og følges opp - ikke om HMS og annet sikkerhetsarbeid.

1) Ansvaret for pasientsikkerhetsarbeidet

- a) Finnes det egne enheter/avdelinger / seksjoner for pasientsikkerhet?
 - i) På foretaksnivå
 - ii) På sykehusnivå

Svar:

- b) Finnes det enkeltpersoner (andre enn deg) som særskilt arbeider med pasientsikkerhet?

Svar:

2) Har foretaket pasientsikkerhet som eget punkt i sin strategi?

Svar:

3) Har foretaket et internt meldesystem for avvik, skader, uønskede hendelser og nestenuhell?

- a) Papirbasert?

Svar:

- b) Elektronisk? hvilket?

Svar:

4) Hvor behandles interne meldinger i foretaket?

- a) i avdelingen?
- b) -i kvalitetsutvalget?
- c) sendes til sykehusdirektør
- d) Annet:

Svar:

5) Hvem avgjør eventuell videresending til

- a) Helsetilsynet?
- b) Andre instanser?

Svar:

6) Rapporteres samledata vedrørende pasientrelaterte skader, uønskede hendelser og nesten uhell, rutinemessig, f.eks i måneds-, tertial- eller årsrapporter? (hvis ja: kan vi få rapportmal ?)

- a) Rapporteres mål /indikatorer for avvik, skader, uønskede hendelser og nesten uhell?

Svar:

- b) Beskrives forekomst og utvikling

Svar:

7) Er pasientsikkerhet som tema fast punkt på styre- og ledermøter?

- a) Styremøter?
- b) Ledelsen ved foretaket?
- c) Annet?

Svar:

8) Hvordan tilbakemeldes behandlede saker til den som melder?

Svar:

9) Har foretaket rutiner for å ivareta ansatte som involveres i alvorlige, uønskede hendelser med pasientskade?

- a) Menneskelig
- b) Formelt / juridisk

Svar:

10) Har sykehuset personell med spesiell kompetanse i pasientsikkerhetsarbeid?

Svar:

11) Har sykehuset gjennomført strukturet hendelsesanalyse etter ved hjelp av kjente verktøy som for eksempel "Root Cause Analysis"?

Svar:

12) Har sykehuset pågående prosjekt med pasientsikkerhet som tema?

-Hvilke?

Svar:

13) Er Brukerråd / pasienter / pasientrepresentanter involvert i pasientsikkerhetsarbeidet?

-Hvordan?

Svar:

Mange steder vil Kvalitetsutvalget (KU) være sentralt i arbeidet med pasientsikkerhet, derfor noen spørsmål spesielt om dette:

14) Har KU et internt mandat? (kan vi få tilsendt mandat?)

- a) Er det ett eller flere KU i foretaket?

Svar:

15) KUs sammensetning?

- a) Etter hvilke kriterier velges medlemmer?
b) Hvem leder KU? (lederkriterier)

Svar:

16. Hvilke saker behandles i KU

- a) Bare pasientrelatert – eller også andre saker som mat, HMS, etc.?
b) Enkeltsaker?
c) Aggregerte trender?
d) Lages årsrapport, eller rapporter med kortere frekvens? Kan vi få den?

Svar:

17. Etterspørres KUs arbeid? Av hvem?

Svar:

Vedlegg 2: Brev til direktørene

Til
Administrerende direktør ved alle helseforetak

Undersøkelse om helseforetakenes arbeid med pasientsikkerhet.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble opprettet i februar 2007 på bakgrunn av Nasjonal helseplan 2007-2010. Enheten er etablert av Helse og omsorgsdepartementet og plassert i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Mandatet vårt er å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet.

Enheten har behov for oversikt over hvordan norske sykehus arbeider med pasientsikkerhet. Vi trenger også en kontaktdatabase over hvem som har ansvar for pasientsikkerhetsarbeidet ved landets sykehus.

Vi ber ledelsen ved helseforetakene om å videresende henvendelsen til de(n) personen(e) som best kan besvare våre spørsmål om foretaket/tilliggende enheter. Vi ønsker å snakke direkte med den i sykehuset som har det organisatoriske ansvaret for pasientsikkerhet og planlegger et kort telefonintervju etter vedlagte intervjuguide.

Navn, e-postadresse og telefonnummer til kontaktpersonen sendes Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Unni.Krogstad@Kunnskapssenteret.no innen 15.09.08.
Vi tar kontakt og avtaler tidspunkt for intervju.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ønsker å etablere et godt samarbeid med alle landets helseforetak i arbeidet med pasientsikkerhet og er åpne for innspill og dialog. Vi kommer gjerne på besøk for å informere om enheten og vårt arbeid og ser på dette som et første skritt for å nå alle som arbeider med pasientsikkerhet.

Vedlegg 3 Liste over helseforetak og kontaktpersoner

Foretak	Tittel	Navn
Oslo universitetssykehus -Aker HF	Avdelingsleder	Roar Prydz Christensen
Akershus universitetssykehus HF	Pasientsikkerhetssjef	Helge Svaar
Bleifjell sykehus HF	Kvalitetssjef	Tone Mandt Brekke
Psykiatrien i Vestfold HF	Ass.fagdirektør	Hans-Gustav Theodor
Oslo Universitetssykehus - Rikshospitalet HF	Avdelingssjef	Anders Baalsrud
Ringerike sykehus HF	Fagdirektør	Katja Urwitz Iversen
Sunnaas Sykehus HF	Kvalitetssjef	Gøril Otterlei
Sykehuset Asker og Bærum HF	Leder kvalitetsseksjonen	Hilde Moen
Sykehuset Buskerud HF	Helsefaglig direktør	Martin Frank Olsen
Sykehuset i Vestfold HF	Fagdirektør	Halfdan Aass
Sykehuset Innlandet HF	Viseadm direktør, avd Strategi og helsefag	Alice Beathe Andersgaard
Sykehuset Telemark HF	Spesialrådgiver	Karin Glosmyr-Larsen
Sykehuset Østfold HF	Avdelingssjef kvalitet og forsknings-avd	Marit Flåskjer
Sørlandet sykehus HF	Organisasjonsdirektør	Espen J. Hansen
Oslo universitetssykehus - Ullevål HF	Rådgiver	Tor-Arne Engebretsen
Helse Stavanger HF	Fagsjef seksjon for Kvalitet og Pasientsikkerhet	Geir Øyvind Bakka
Helse Fonna HF	Fagdirektør	Kjellfrid Laugaland
Helse Bergen HF	Kvalitetssjef	Stig Hartug
Helse Førde HF	Fagdirektør	Hans Johan Breidablikk
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Viseadm direktør	Einar Myklebust
Helse Nord-Trøndelag HF	Helsefaglig rådgiver	Øvind Stenvik
Helse Sunnmøre HF	Fagdirektør	Odd Veddeng
Rusbehandling Midt-Norge HF	Fagdirektør	Reidar Hole
St. Olavs Hospital HF	Kvalitetssjef	Merete Blokkum
Helse Finnmark HF	Kvalitetssjef	Leif Arne Asphaug-Hansen

Helgelandssykehuset HF	Kvalitetsleder	Sigurd Finne
Nordlandssykehuset HF	Kvalitetsleder	Terje Svendsen
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Kvalitetsrådgiver	Oddgeir Moe

Key Messages

PATIENT SAFETY IN NORWEGIAN HOSPITALS

The Norwegian Unit for Patient Safety interviewed the person responsible for Patient Safety work in 28 Norwegian hospitals the autumn 2008. The aim of the survey was to gain:

- Knowledge about how Norwegian hospitals worked with Patient Safety strategically and organisational.
- Knowledge about to what extent Norwegian hospitals had implemented internal reporting and learning systems on adverse events and whether – and to whom they routinely reported.
- Oversight over locally ongoing Patient Safety projects.
- Oversight over the function of formalised Quality Committee and the role of patients in Patient Safety work.
- Contact information to persons responsible for Patient Safety work in Norwegian hospitals.
-

We found:

- The concept of Patient Safety is increasingly finding its way into strategy documents, organisation, the clinical leadership and into management tables.
- There are regional differences in degree of attention and variation in definitions of 'Patient Safety' result in different directions of work.
- Most hospitals have already implemented electronic reporting and learning systems (there are four different commercial systems in use, largely regionally chosen). A number of informants report plans to establish more frequent and routinely reporting on adverse events to top management.
- Several hospitals are conducting patient safety projects and showing engagement in the different clinical departments activities when it comes to Patient Safety.
- Several hospitals report on current restructuring of the Quality Committee to place patient safety matters more directly in the line of management.
- The Norwegian Unit for Patient Safety now has contact information in all the 28 Hospitals.

Executive summary

BACKGROUND

The Norwegian Unit for Patient Safety was established in 2007. The main purpose was to support the health services' efforts to detect, analyze, learn from and prevent errors and adverse events. To fulfil part of this purpose, the unit decided in 2008 to investigate how patient safety was organized in Norwegian hospitals, and to get an overview of patient safety work locally. The projects aim was to learn more about:

- Whether the concept of patient safety was actively used in hospitals and whether it was part of the hospital's strategy document
- How the responsibility for patient safety work was organised in the Norwegian hospitals and whether hospitals had special resources/ competence in patient safety
- The implementation status for local reporting and learning systems and the routines for reporting to management
- The extent of local patient safety projects at the hospitals

Each hospital has a legally imposed Quality Committee, which is an important contributor to patient safety and quality in Norwegian hospitals. We also wanted to:

- Find out how these Quality Committees was organised in relation to the line of hospital command
- Know the nature and variation of cases handled by the Quality Committee - whether they were generally quality oriented or had a special focus on patient safety

In addition, the Patient Safety Unit needed to get an overview of executives at the country's hospitals who had patient safety as their responsibility.

METHOD

To get information about the organisation and management of Patient Safety we interviewed patient safety officers/management at 28 Norwegian hospitals by telephone (The total list of public hospitals). The interviews were based on an interview guide which had been pilot tested with five informants. Information from the 28 hospitals was later presented in a table. The content was quality checked and assured by the informants. This table is available at the homepage of the Norwegian Unit for Patient Safety. In this report, we provide a more detailed description of the findings in the survey, and discuss the findings in light of Patient Safety literature.

RESULTS

We received information from all the twenty-eight hospitals we contacted. The interviews gave the impression that the concept of Patient Safety is slowly on its way into strategy documents, organization, in clinical departments as well as management and board of the hospitals. Three health hospitals had patient safety as a separate item in their internal strategy. Different definitions of Patient Safety will have consequences for the direction of the work in this area. Some hospitals treat patient safety as part of the general work with quality. Others use the term “information security” as a more superior category. There are also regional differences with implementation of patient safety projects, patient safety management and how far the work has developed.

Most hospitals had established electronic reporting system. There are four different systems in use. Central Norway is currently using a paper reporting system. A few of the hospitals had developed their own electronic system. A number of hospitals reported that they are trying to introduce more frequent routine reporting of adverse incidents to the top management. Several hospitals described a change from sending the message to the local leader and Quality Committee, to now making sure that the report and statistics comes to top management and board.

Medication errors, falls and care pathways were recurrent themes for projects at several hospitals. We did not get information about the hospitals cooperation on projects, or if they actually were familiar with each other’s projects.

Many hospitals reported a restructuration of the quality management, to include patient safety into the line of management. In line with the changes described with regard to reporting practices, informants also reports changes the composition of the Quality Committees. More hospitals are talking about "the new Quality Committees, where all the top managers are members to be responsible in a direct line". Norwegian Unit for Patient Safety has now established a contact with executives at all 28 hospitals.

DISCUSSION

The concepts of patient safety are discussed internationally. Both wide (WHO) and more narrow (OECD) definitions are in use. There is a need for a Norwegian discussion and understanding of the patient safety concept.

Patient safety has long been perceived as a ‘health professional’ domain. Awareness of management responsibilities in patient safety is however, increasing in Norway as well as internationally. International experience suggests that patient safety is high on the leaders' agenda when the results of reporting system and improvement figures are in demand from the top. That patient safety as a separate field of attention is entering the strategic plans of hospitals can possibly be seen as a sign of increased director responsibilities.

The implementation of internal reporting system in hospitals is underway in Norway, also here with regional variations. A common experience seems to be that training in

reporting, processing and producing meaningful reports on the relevant levels, take longer than expected. Analysis of messages locally does not seem to be widespread and no hospitals say they have expertise in or experience with root cause analysis. There are multiple patient safety projects with the same topic started by different hospitals. It does not seem to be communication, exchange of models and experiences across hospitals. This reveals a need for regional/national coordination and forums for discussion / advice on common problems.

The health authorities have formally established patient participation in the hospitals by imposing User Committees. The great emphasis on the users perspective internationally will probably foster changes here. WHO "Patients for Patient Safety" has given patients a place at all levels of planning. Patients are becoming a driving force in a comprehensive cultural change when it comes to health services transparency in relation to adverse events.

CONCLUSION

Patient Safety is on its way into strategy documents, organizations, in the clinical departments as well as management. There are however, differences between hospitals and regions. Local reporting systems and routine reporting is becoming a tool in the improvement of patient safety. Awareness of patient safety, and the responsibilities of management and boards to continuously monitor and evaluate is increasing. Local projects show that patient safety engages at the local levels, but there is no evidence of regional and national coordination and overview.